

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Da compilarsi a cura dei genitori dello studente e da consegnare al dirigente scolastico

Al Dirigente Scolastico di
Eclet Formazione
Via Vanoni n. 14, San Donà di Piave

Il /i sottoscritto/i _____ Tel. Cell. _____ e

_____ Tel. Cell. _____ genitore/i -

tutore/i dello/a studente/ssa _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

frequentante nell'a.s. _____ la classe/sezione _____

preso atto del piano personalizzato d'intervento (prot. n. _____ del _____) a favore dello studente, redatto dal Dirigente Scolastico di Eclet Formazione di San Donà di Piave sulla base delle prescrizioni/indicazioni fornite dal medico curante/specialista di libera scelta/centro terapeutico di riferimento (prot. n. _____ del _____) e della disponibilità a somministrare farmaci acquisite da parte del personale della scuola e consegnato alla famiglia in data _____

con la presente autorizza/no gli operatori scolastici individuati a somministrare i farmaci prescritti dal piano salvavita all'alunno/a _____

Data _____

FIRMA _____ FIRMA _____